

DECLARATION INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE

(à remplir par l'établissement pour le versement du capital)



| CARCEL PRÉVOYANCE

> ETABLISSEMENT ADHERENT

Je soussigné(e)

Fonction

Représentant l'établissement adhérent

Numéro de contrat

certifie sincères les renseignements indiqués ci-après.

COMMENT REMPLIR CE DOCUMENT ?

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dater et signez.
- 3- Retournez le à :
Humanis Prévoyance
Immeuble Britannia
20 bd Eugène Deruelle
69432 Lyon cedex 03

> PARTICIPANT

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° Sécurité sociale ou MSA

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Fonction Ancienneté dans la profession ans mois jours

Date d'entrée dans l'établissement

Statut enseignant régime fonctionnaire enseignant régime Sécurité sociale / MSA salarié rémunéré par l'établissement
 Cadre Non Cadre

Contrat de travail à temps Complet Incomplet Partiel autorisé

Durée de travail effectif au cours de 18 derniers mois mois

Personne à charge au jour de l'évènement Oui Non

> I.P.A.

* Nature de l'Invalidité Permanente ou absolue

3^{ème} catégorie de Sécurité sociale ou de l'Administration

Incapacité permanente de Sécurité sociale ou de l'Administration, au taux de 100 %, avec assistance d'une tierce personne

Autre nature prévue dans l'adhésion, à préciser

Date d'effet de l'I.P.A.

Date de reconnaissance de l'I.P.A.

Date de l'arrêt de travail Date de rupture du contrat de travail

Période pendant laquelle une rémunération totale ou partielle a été maintenue par l'employeur en cas d'arrêt de travail :

du au



> PIECES A JOINDRE

- Notification d'attribution :
 - d'une pension d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale (article L.341-3 du Code de la Sécurité sociale ou l'Administration)
 - ou d'une rente d'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle reconnue par la Sécurité sociale ou l'Administration avec un taux égal à 100 %, avec l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie, au sens de la Sécurité sociale.
- Extrait d'acte de naissance avec les mentions marginales pour l'assuré, ainsi que pour les enfants à charge dans le cas où des majorations sont prévues contractuellement.
- Photocopies des douze bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail ou le décès.
- Certificat de scolarité récent pour les enfants majeurs poursuivant leurs études ainsi que la photocopie de la carte Sécurité sociale Etudiante ou, le cas échéant, une attestation de stage ou une copie du contrat d'apprentissage ou une copie du dernier justificatif de paiement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou adultes handicapés (AAH) et un justificatif des revenus perçus.
- L'attestation d'inscription au Pôle Emploi pour les enfants âgés de plus de 21 ans et de moins de 23 ans si ces derniers sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi.
- Un relevé d'identité bancaire de l'assuré.

Cette liste n'est pas exhaustive et l'organisme assureur se réserve le droit de demander toutes autres pièces nécessaires à l'étude du dossier.

> PERSONNE A CONTACTER (si besoin)

Nom

N° Téléphone N° Fax

e-mail

Je certifie que l'intéressé figure sur les listes du personnel à la date d'ouverture des droits.

A le

Cachet de l'établissement et signature

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander communication ou rectification de toutes informations vous concernant en adressant un courrier à l'organisme assureur, Service Satisfaction Clients – 303 rue Gabriel Debacq, 45 777 SARAN Cedex.